

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

À FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme/Mlle/M
né(e) le/...../.....

et déclare ne pas avoir constaté de contre-indications, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, pour suivre, dans l'enseignement supérieur, à la Haute Ecole Francisco Ferrer, les études de

- Spécialisation - préparation physique et entraînement
- Bachelier - Infirmier responsable de soins généraux
- Bachelier - Sage-femme
- Bachelier- Section 3 – éducation physique et éducation à la santé

Cachet du médecin :

Date et signature :

Pour les étudiants des bacheliers en infirmier – responsable des soins généraux et en Sage-Femme, merci de bien vouloir compléter également le document ci-dessous concernant la vaccination de votre patient.

Document à remplir pour l'aptitude aux stages

Nom et prénom de l'étudiant(e) Né(e) le/...../.....

Pendant vos études, il est légalement obligatoire d'être protégé contre le virus de l'hépatite B et d'effectuer un dépistage de la tuberculose avant de partir en stages.

Protection contre l'hépatite B

- soit vous avez une **vaccination complète**: les dates sont à compléter ci-dessous
- soit vous devez fournir le résultat d'une **prise de sang** récente prouvant votre immunité (anticorps **anti HBs, HBsAg**)

Dépistage de la tuberculose

Le dépistage est organisé par la surveillance de la santé (médecine du travail) en cours d'année scolaire. Si vous êtes vacciné par le BCG ou si un dépistage a déjà été effectué, il faut le mentionner ci-dessous.

A compléter par le médecin traitant

Statut vaccinal (dates à compléter):

- **Hépatite B ou AB:**
1) /..... /..... 2) /..... /..... 3) /..... /.....
- Dernier rappel **Tétanos – Diphtérie – Coqueluche** : /..... /.....
- Dernier rappel **Rougeole – Rubéole – Oreillons** : /..... /.....

Résultat de la **prise de sang** (si pas de vaccination hépatite B):

Sérologie	anti HBs	HBsAG
Date/...../..... U/L	<input type="checkbox"/> Négatif / <input type="checkbox"/> Positif

Si un **dépistage** de la **tuberculose** a été effectué, merci de compléter les informations ci-dessous:

	Date	Résultat
Par intradermoréaction/...../.....	
Par RX-thorax/...../.....	

Nom du médecin:
Cachet:

Date:/...../.....
Signature:

Document destiné au **S.I.C.P.P.T. - Surveillance de la santé**

à l'attention du Dr Claire Alaerts
Rue des Halles, 4 – 1000 Bruxelles
Tél.: 02/279.26.10 – E-mail: prevmed@brucity.be